

CARCINOMA PAPILLARE IN ADENOMA AUTONOMO DELLA TIROIDE

Romano I, Serra R.

Unità Operativa Semplice Aziendale Territoriale di Diabetologia e Malattie Endocrino-Metaboliche
Poliambulatorio "Cittadella della Salute" - ASL LECCE

Introduzione

Tra le difficoltà dello Specialista Ambulatoriale Territoriale vi sono il dover decidere senza possibilità di consulto nel tempo contingentato della visita. Nascono così quotidianamente domande, riflessioni e bisogno di certezze oggettive che orientino le scelte giuste in un tempo ristretto. La patologia tiroidea per l'endocrinologo è al primo posto tra le prestazioni ambulatoriali eseguite. Il corretto atteggiamento diagnostico e terapeutico rappresenta una continua fonte di dubbio in funzione della imprevedibilità dell'evoluzione dei singoli quadri patologici della tiroide e dell'assenza di assoluti indicatori clinici di benignità delle lesioni. Il caso riportato è apparso paradigmatico per riflettere su quanto sopra affermato.

Anamnesi e Clinica

Paziente di sesso maschile di anni 44 di nazionalità albanese in trattamento da circa 2 anni per ipertiroidismo diagnosticato in altra sede. Nega sintomi da compressione locale. Nega storia di esposizione a radiazioni e familiarità positiva per tireopatia. Peso 60 Kg, h 158 cm, BMI 24 P.A. 160/100 mmHg, Fc 90 bpm. Tiroide non apprezzabile alla deglutizione, non apprezzabili linfonodi nella regione del collo, riflessi achillei normoelicitabili. Gli esami di laboratorio evidenziano una condizione di ipertiroidismo non a target con la terapia Tapazole 5mg ½ cpr /die: TSH 0.015mU/l (0.3-3.6), FT4 2.58 pg/mL (0.80-1.70), FT3 6.45 pg/mL (2.2-4.2) L'esame ecografico tiroideo descrive una ghiandola tiroidea regolare per dimensioni e contorni. Al lobo destro presenza di nodulo di 9 x 9 mm, isoecogeno centralmente ed ipoecogeno perifericamente, con segnali vascolari periferici. A sinistra assenza di noduli. Si richiedono AbTg (< 5 UI/ml, 5-100), AbTPO (2 UI/ml, 1-16), Calcitonina (3 pg/mL, <10) TRAB (1.4 U/l, neg.<4).

Si prescrive Tapazole 5 mg 1cpr x 2/die e a scalare Tapazole 5 mg 1 cpr/die.

Indagini

Dopo 8 mesi il paziente torna a controllo riferendo di aver autonomamente sospeso la terapia con Tapazole allegando esami ormonali (TSH 0.033 FT3 3.8, FT41.1) indicativi di ipertiroidismo sub-clinico. Pertanto si richiede Scintigrafia Tiroidea con radio tecnezio (99mTc 37 MBq e.v.). Il tireoscintigramma rileva: "immagine ghiandolare in sede, normoconformata con dimensioni modicamente aumentate. La distribuzione intraparenchimale del pertecnetato appare disomogenea soprattutto nel lobo destro per la presenza di un'area di iperconcentrazione nel suo terzo medio riconducibile alla lesione nodulare segnalata con la tecnica ecotomografica e compatibile con adenoma autonomo in fase di pretossicità clinica. Nulla da segnalare a carico del lobo sinistro". Si riprescrive terapia tireostatica. Conclusione diagnostica: adenoma tossico (Morbo di Plummer). Si prospetta al pz eventuale terapia chirurgica o radioiodiom metabolica. Dopo un anno di assenza dall'ambulatorio, ritorna con funzionalità ormonale (TSH 0.12 FT41.23) ed eco tiroide che evidenzia: " lobo destro di 20 mm di diametro antero-posteriore con presenza di nodulo di 17 x 8 mm con segnali vascolari periferici ed intranodulari. Lobo sinistro con diametro antero-posteriore di 19 mm e la presenza di nodulo iso -ipoecogeno di 5mm ed area ipoecogena a margini sfumati ed irregolari di 6 mm" . In considerazione dell'aumento volumetrico del nodulo e della variazione del suo profilo con aumento del diametro longitudinale rispetto al trasversale (more tall than wide) prima di inviare il pz ad un trattamento definitivo, si richiede ago aspirato ecoguidato del nodulo localizzato al lobo destro. L'esito citologico è sospetto per neoplasia papillare della tiroide (Thy 4).

Terapia

Il pz viene inviato ad intervento di tiroidectomia totale. L'esame istologico sulla tiroide asportata evidenzia: "carcinoma papillare del lobo Dx della tiroide, variante follicolare, intraparenchimale (0.5cm) distanza dal margine 1mm. Micro focolaio di carcinoma papillare del lobo sin. (2 mm) intraparenchimale". Successivo trattamento radio-iodio-metabolico. Attualmente in terapia soppressiva con levotiroxina.

Conclusioni

I noduli della tiroide rappresentano un'entità clinica estremamente comune. Il rischio di malignità in un nodulo caldo tiroideo è raro [1]. E' raro che l'ipertiroidismo concomiti con lesioni maligne della tiroide [2] La scintigrafia tiroidea con radioiodio o tecnezio può differenziare diverse possibilità diagnostiche. La distinzione è importante perché i noduli iperfunzionanti (anche chiamati noduli autonomi funzionanti o noduli caldi), sono solo raramente portatori di malignità [3]. Pertanto tradizionalmente l'ago aspirato non è indicato in queste circostanze. Secondo le Linee Guida dell'American Thyroid Association Management for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer rivisitate nel 2009 "... Poiché i noduli iperfunzionanti raramente nascondono malignità, quando si reperta un nodulo con caratteristiche corrispondenti a questi, non è necessaria la valutazione citologica"[4] Il caso descritto ha dimostrato come un adenoma autonomo possa celare un carcinoma papillare. "...Se vuoi diventare un vero cercatore della verità, almeno una volta nella tua vita devi dubitare il più profondamente possibile di tutte le cose." [Cartesio]

Bibliografia

1. Bommireddipalli S, Goel SG, Adiraju R, Paniz-MondolFi, ADePuey EG
Follicular variant of papillary thyroid carcinoma presenting as a toxic nodule by I-123 scintigraphy
Clin Nucl Med. 2010 Oct;35 (10):770-5
2. Ngalab QS, Isip-TanIT
Thyroid cancer in Plummer's disease
BMJ Case Report 2013 Mar 1, 2013
3. Sasan Mirfaikhraee, Dana Mathews, Lang Peng, Stacey Woodruff and Jeffrey M Zigman
A solitary hyperfunctioning thyroid nodule harboring thyroid carcinoma: review of the literature
Thyroid res. 2013; 6:7
4. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, Mazzaferri EL, McIver B, Pacini F, Schlumberger M. et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid. 2009;6:1167–1214. doi: 10.1089/thy.2009.0110.